

· 病案报道 ·

低位气管切开 CO₂ 激光手术 治疗气管腺样囊性癌 1 例

孙 贺, 朱 旭, 李晓楠

(鞍山市中心医院 耳鼻咽喉科, 辽宁 鞍山 114002)

中图分类号: R734.1

文献标识码: C

文章编号: 1007-1520(2011)03-0232-02

患者,男,64岁。因咳嗽20年,呼吸困难2个月于2010年11月10日入院。专科检查:纤维喉镜检查喉部未见异常,气管内可见不光滑肿块,阻塞气管大部(图1)。胸部CT示气管肿物,阻塞气管3~4环,约占气管4/5(图2)。入院后完善术前检查,局麻下气管切开,插入麻醉插管,全麻手术下在气管第2、3环间,U型切

开3、4环,暴露肿物,见肿物根蒂部位于气管左侧壁,CO₂激光(参数SP,10W,Cont)下彻底切除肿物。术中冰冻切片:腺样囊性癌。拔出麻醉插管,重新在3~4环间插入气管插管。缝合切口,放置引流管。术后病理:(气管)腺样囊性癌(图3)。术后抗炎对症治疗追加放疗患者恢复良好(图4)。现在随访中。



图1 气管内可见不光滑肿块



图2 CT示肿块阻塞4/5气管

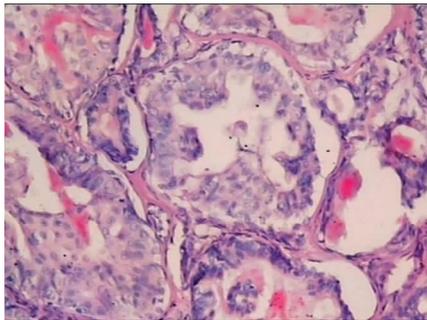


图3 病理腺样囊性癌(HE染色,×200)

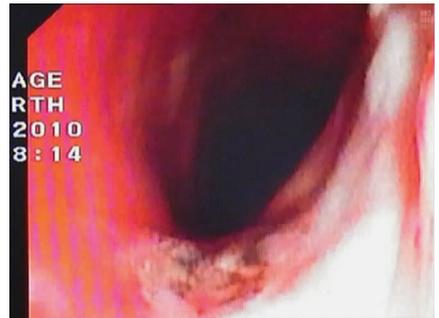


图4 术后恢复情况

作者简介:孙 贺,男,主治医师。
通讯作者:孙 贺,Email:sunhe19771013@163.com.

讨论:腺样囊性癌主要发生在涎腺,少见于乳腺、皮肤、宫颈、上呼吸道及肺部,腺样囊性癌由于其恶性程度较低,而且进展缓慢,本例尚无淋巴结及远处转移。

本例手术优点在于采用上纵膈内气管切开,解决麻醉插管问题,充分暴露气管内

肿块,有利于肿物的彻底切除,术中采用 CO₂ 激光,术中无出血,肿物切除彻底。本例手术采用微创的概念及方法,避免开胸手术,术后恢复快,术后无并发症。

(修回日期:2011-05-01)

· 病案报道 ·

PET-CT 误诊鼻咽癌 1 例报道

刘永珍,章 华

(中南大学湘雅医院 耳鼻喉科,湖南 长沙 410008)

中图分类号:R739.63

文献标识码:D

文章编号:1007-1520(2011)03-0233-02

1 病例资料

患者,女,34岁,因双耳听力下降,耳闷胀感1个月,于2009年12月就诊。体查:双耳鼓膜内陷,有积液征。鼻咽部检查鼻咽顶壁可见淡红色新生物,表面不光滑。颈部未扪及肿大的淋巴结。辅助检查:电测听示双耳传导性耳聋;声导抗示双耳“B”型曲线;鼻咽部CT显示鼻咽顶后壁及双侧壁增厚(图1);EB病毒VCA-IgA检查阴性。疾病诊断:鼻咽部占位性病变(鼻咽癌?)、分泌性中耳炎。患者先后进行2次鼻咽部活检病理报告为慢性炎症、淋巴组织增生。患者行头颈部PET-CT检查报告:鼻咽顶后壁及两侧壁软组织增厚,双侧咽旁间隙变窄,PET-CT于相应部位见异常放射性浓聚影,最大SUV7.9(图2),考虑鼻咽癌可能性大。患者遂再行2次活检,病理报告仍为慢性炎症,淋巴组织增生,未见肿瘤证据。后患者予莫米松喷鼻剂喷鼻、标准桃金娘油口服,1个月后耳部症状消失。该患者密切随访1年,鼻咽部检查见鼻咽部淋巴组织较

前明显缩小,患者无特殊不适。



图 1 CT 平扫轴位显示鼻咽顶后壁及双侧壁软组织增厚

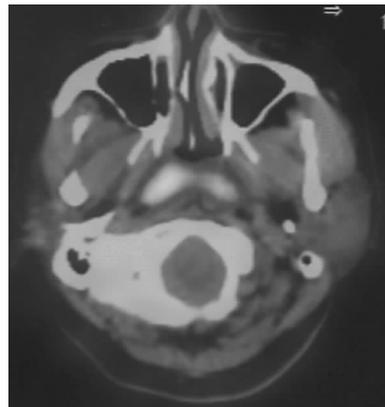


图 2 鼻咽部顶后壁及侧壁可见放射性异常浓聚信号,SUV 值为 7.9

2 讨论

近年来随着医学影像学技术的发展, PET-CT 在临床的应用逐渐广泛。与其他影像学方法比较, PET-CT 检查对肿瘤的诊断与鉴别诊断具有独特的优势, 研究报道^[1] PET-CT 对鼻咽癌的检出灵敏度高达 96.0%, 特异性为 85.7%。但是随着该技术在临床上的推广应用, 近年来已经有一些关于 PET-CT 的误诊鼻咽癌的报道^[2], 某些非肿瘤病变行 PET-CT 检查也出现了¹⁸F-脱氧葡萄糖(¹⁸F-FDG)摄取增高现象(SUV值 > 2.5), 干扰临床诊断, 甚至出现误诊。本例慢性鼻咽炎患者 PET/CT 发现鼻咽有核浓聚, 且呈“八”字形分布。这种形态与常规的鼻咽癌 PET 图像不同。罗耀武等^[3]对鼻咽癌患者的¹⁸F-FDG PET-CT 图像进行总结分析, 发现鼻咽癌 PET-CT 显像具有较明显的特征, 可表现为结节状、团块状或厚片状高代谢病灶。而慢性鼻咽炎常表现为鼻咽部淋巴组织组织的弥漫性增生, 常累及鼻咽的侧壁和顶壁, 从而在 PET-CT 图像上出现了特征性的“八”字形对称分布图像。陈翼等^[2]的研究也发现部分鼻咽炎的 PET-CT 图像也具有该特征。这一特点可能有助于临床慢性鼻咽炎的诊断和鉴别诊断。PET-CT 判定病变是良性还是恶性, 其中很重要的一个参考就是标准摄取值(SUV), 它是按千克体重校正注入示踪剂量后局部组织的

示踪剂摄取比值, 所以也称为剂量摄取比或剂量吸收比。一般设定 SUV 平均值 2.5 作为良恶性病变的诊断阈值, > 2.5 提示恶性可能, < 2.5 则提示良性可能。本患者 SUV 高达 7.9, 显著高于诊断阈值, 从而导致笔者在诊断时高度怀疑鼻咽癌。已有文献报道¹⁸F-FDG 的非肿瘤性摄取有时也可以达到很高的浓聚程度, SUV 的高低不是绝对的, 其作为半定量指标用于鉴别良恶性病变存在一定局限性^[4]。因此在诊断中要充分注意, 不能片面根据 SUV 判断肿块的性质。总之 PET-CT 在鼻咽癌的诊断中发挥了重要的作用, 但是, 不能过分、片面的偏信于 PET 结果, 而应该根据患者的病史、症状、体征及实验室检查进行综合分析, 从而减少对鼻咽癌的误诊。

参考文献:

- [1] 吴湖炳, 王全师, 王明芳, 等. 鼻咽癌 PET-CT 影像表现及临床价值[J]. 中华核医学杂志, 2005, 25(6): 347-349.
- [2] 陈翼, 彭艳梅, 王光琳, 等. PET/CT 在早期鼻咽癌与鼻咽炎性肿块鉴别诊断中的价值[J]. 医学影像学杂志, 2009, 19(9): 1100-1102.
- [3] 罗耀武, 唐安戊, 徐魏平, 等. ¹⁸F-FDG PET 显像诊断原发性鼻咽癌的价值[J]. 中华核医学杂志, 2003(05), 271-272.
- [4] 杨星, 任庆余, 张林. ¹⁸F-脱氧葡萄糖 PET 对非恶性肿瘤摄取的分析与识别[J]. 临床误诊误治, 2010, 23(6): 567-569.

(修回日期: 2011-03-20)